INSTRUCCIONES

Por favor, léalas antes de empezar a llenar la solicitud.

SECCIÓN 1

Datos de la persona que quiere Medi-Cal para sí mismo, para su familia o para los menores que tiene a su cargo.

Preguntas 1-8:
Ponga el nombre, dirección y número(s) de teléfono de la persona que quiere Medi-Cal o el nombre del padre/madre o de la persona encargada de los menores.

Preguntas 9-13:
Ponga el número de teléfono y la dirección postal (si es diferente a la dirección particular indicada en la pregunta 2) de la persona que quiere Medi-Cal. Esta es la dirección a la que se enviará toda la información referente a la solicitud y a los beneficios médicos.

Pregunta 14A-B:
Ponga el idioma que habla y/o lee mejor.

Envíe comprobante de identidad Sólo una persona (uno de los padres o persona encargada) de la familia necesita proporcionar documento de identidad. Envíe una **fotocopia** de uno de los siguientes documentos de identidad:

- Licencia de manejar de California
- Tarjeta de identidad emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV)
- Documentos de ciudadanía estadounidense o condición de inmigrante (pasaporte)
- Tarjeta de identidad escolar
- Certificado de nacimiento
- Registro de matrimonio
- Tarjeta de Seguro Social o un documento que contenga su número de Seguro Social
- Decreto de divorcio
- Identificación del trabajo, pase del edificio
- Registro de adopción
- Orden del tribunal para el cambio de nombre
- Afiliación a una iglesia o certificado de confirmación de bautismo

No se requiere comprobante de identidad para

- Personas que vivan en una institución
- Menores en la familia, si se ha establecido la identidad de uno de los padres
- Menores que soliciten Medi-Cal para Servicios Confidenciales
- El cónyuge de una persona cuya identidad se haya verificado

SECCIÓN 2

Datos de la persona nombrada en la Sección 1, de su familia y de los menores que tienen a su cargo, aunque no quieran cobertura.

Si está llenando la solicitud para más de 5 personas, use una hoja separada o haga una fotocopia de las páginas A1, A2, A3 y A4 de la solicitud, para darnos los datos de las otras personas.

¿A quién se cuenta como un adulto?

- Las personas que tengan 21 años de edad o más
- Las personas menores de 21 años de edad que no están viviendo en el hogar de sus padres o persona encargada y que no se reclaman como dependientes en la declaración de impuestos

¿A quién se cuenta como menor?

- A todos los hijos naturales y adoptivos menores de 21 años que vivan en el hogar
- A todos los hijos naturales y adoptivos entre los 18 y 21 años de edad que viven fuera del hogar y se reclamen como dependientes en la declaración de impuestos.
- Todos los hijastros menores de 21 años que vivan en el hogar

Pregunta 15:
Anote el apellido, nombre de pila e inicial media de todas las personas que viven en la casa.

PASE A LA PÁGINA 2

SECCIÓN 2 Continuación

Pregunta 16:
Cuál es la relación de cada una de las personas con la persona nombrada en la Sección 1.
***Ejemplo:** usted (uno mismo), esposa, esposo, abuelos, amigo/a, hija, hijastro, sobrino, etc.*

Pregunta 17:
Escriba la dirección completa, si es diferente a la dirección que se indica en la Sección 1.
***Ejemplo:** el menor está en la universidad y vive en el centro de estudios.*

Pregunta 18:
Indique el sexo de cada una de las personas.

Pregunta 19:
Indique el estado civil de cada una de las personas mencionadas.

Pregunta 20:
Anote el nombre del cónyuge de los menores que vivan en la casa. Cualquier ingreso del cónyuge debe mencionarse en la Sección 4.

Pregunta 21:
Anote el mes, día y año de nacimiento de cada una de las personas.

Pregunta 22:
Indique si esta persona está embarazada. Si la respuesta es "Sí," anote la fecha en que se espera el parto.

Envíe comprobante de embarazo extendido por la oficina de un médico o una clínica dentro de 60 días de enviar su solicitud para seguir recibiendo beneficios completos de Medi-Cal. No necesita enviar verificación si sólo quiere servicios relacionados con el embarazo.

Pregunta 23:
Marque "Sí" si la persona es ciega o tiene una enfermedad física o mental que se espera que dure por lo menos 30 días. Si la persona no puede trabajar, marque "Sí," y marque el casillero que mejor describe el tiempo que la persona no podrá trabajar si se le declara incapacitado. Esto nos ayudará a decidir si usted es elegible para Medi-Cal basándonos en una situación de incapacidad.

Pregunta 24:
Mencione si alguien ha recibido alguna vez asistencia monetaria, Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI), estampillas para comida o Medi-Cal. Esto ayudará a la oficina local de servicios sociales a verificar la información necesaria antes de pedírsela a usted. Si marcó "Sí," anote el nombre bajo el cual usted recibió los beneficios.

Pregunta 25:
Si alguna vez recibió Medi-Cal, anote el número de su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC por sus siglas en inglés), si lo tiene.

El número de su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) puede encontrarlo aquí.

Pregunta 26:
Marque "Sí" si usted está solicitando beneficios médicos para esta persona.

Pregunta 27:
Indique si usted tiene o está por comprar una casa fuera de California. Su respuesta nos ayudará a determinar su residencia.

Envíe comprobante de su residencia en California. Puede utilizar su comprobante de ingresos como prueba de su residencia. Si sus ingresos no son de California, envíe otro comprobante de residencia. Por ejemplo: recibos de alquiler, cuentas de servicios públicos o registros escolares de un menor.

SECCIÓN 3

Conteste para ***todos*** los menores mencionados en la Sección 2.

Pregunta 28:
Anote el nombre de la madre natural o adoptiva de cada niño. Marque el casillero para indicarnos si la madre está empleada, incapacitada, desempleada, fallecida o ausente del hogar.

Pregunta 29:
Anote el nombre del padre natural o adoptivo de cada niño. Marque el casillero para indicarnos si el padre está empleado, incapacitado, desempleado, fallecido o ausente del hogar.

PASE A LA PÁGINA 3

SECCIÓN 4

Indique ***todos*** los ingresos/ dineros que reciben las personas mencionadas en la Sección 2.

Preguntas 30 and 31:

Use una línea separada para cada persona que recibe dinero. Si una persona recibe dinero de dos lugares diferentes, use dos líneas.

Ejemplo: *si el solicitante tiene dos empleos, use una línea para cada empleo para reportar sus ingresos.*

Pregunta 32:

Anote la suma de dinero que recibe cada vez.

Ejemplo: *si usted recibe dinero una vez por semana, anote las sumas semanales en el casillero.*

Si la suma de dinero cambia de vez en cuando, ponga la suma promedio que usted recibe regularmente. Nosotros utilizamos los talones de pago u otro documento que usted nos envíe para calcular los ingresos mensuales correctos.

Si usted sabe que sus ingresos familiares aumentarán o se reducirán en los próximos meses debido a horas extras, promoción, aumento de sueldo, aumentos esperados para el mantenimiento de un hijo/a o pensión alimenticia, paros, despidos, licencias, etc., explíquelo en una hoja separada.

Ejemplo: *El ingreso mensual bruto de María procedente de su trabajo es de $1000 en este cheque, pero su paga regular mensual es de sólo $800. Explique en la hoja aparte que el cheque de María incluía $200 por horas extras, o una bonificación en efectivo, y cuánto van a durar las horas extras o con qué frecuencia recibirá bonificaciones.*

Pregunta 33:

¿Con qué frecuencia recibe este dinero?

Ejemplo: *Mensualmente (una vez por mes), semanalmente (una vez por semana), quincenalmente (cada dos semanas); bimensualmente (dos veces por mes); o diariamente (cada día).*

Documentación de los ingresos

- **Envíe comprobante de los ingresos.** Envíe una copia del talón de pago más reciente que tenga. Si no tiene un talón de pago, consiga una declaración firmada de su empleador. En la declaración deben figurar sus ingresos mensuales brutos y las fechas en que los recibió.

O

- **Una copia de su declaración de impuestos federales del año pasado.**

O

Es posible que tenga que enviar otro comprobante de ingresos:

- Si una persona trabaja por cuenta propia, envíe una copia del último año de su declaración de impuestos federales, incluya el Formulario C (Schedule C), Formulario F (Schedule F) o el estado de pérdidas y ganancias de los últimos 3 meses.
- Si una persona tiene ingresos de incapacidad o jubilación, envíe copias de las cartas de notificación de beneficios o estados bancarios indicando los depósitos directos.
- Si alguien recibe mantenimiento de hijos y/o esposo/a o conyugal, envíe copia de los cheques recibidos o declaraciones de la División de Relaciones Familiares del Fiscal del Distrito, del último mes.
- Si alguien recibe préstamos o becas estudiantiles, envíe copia de las cartas de notificación de la beca o los documentos del préstamo.

PASE A LA PÁGINA 4

SECCIÓN 5

Dé información sobre los gastos/ costos enumerados a continuación pagados por ***todas*** las personas nombradas en la Sección 2.

Indique si paga **mantenimiento de hijos** o **pensión alimenticia** por orden de un tribunal, o si tiene otros costos por primas de **seguro de salud** o **Medicare**

Medi-Cal pagará sus primas de Medicare y deducirá los costos de la prima de cualquier otro seguro de sus ingresos contables.

Pregunta 34:
Ponga el nombre de la persona que paga los costos.

Pregunta 35:
Ponga la suma total que se paga cada mes.

Pregunta 36:
Ponga los costos que se pagan por el cuidado de niños y/o dependientes incapacitados.

Pregunta 37:
Ponga la edad del niño o del dependiente incapacitado.

Pregunta 38:
Ponga el nombre de la persona que paga los costos.

Pregunta 39:
Ponga el total que se paga por mes por cada niño o dependiente incapacitado.

Envíe comprobante de los gastos (costos) mencionados en la Sección 5. Envíe comprobante de costos por mantenimiento de hijos o pensión alimenticia. Por cuidado de niños o dependientes, envíe copia de recibos o cheques cancelados.

SECCIÓN 6

No llene esta sección si su solicitud es sólo para personas menores de 19 años y/o mujeres embarazadas que sólo solicitan servicios relacionados con el embarazo. De lo contrario, conteste para ***todas*** las personas nombradas en la Sección 2.

Si tiene preguntas o dudas acerca de cómo llenar la Sección 6, déjela en blanco y comuníquese con la oficina local de servicios sociales para solicitar ayuda.

El valor de la casa en que está viviendo no se cuenta para Medi-Cal.

Pregunta 40:
Anote la cantidád de todo el dinero en efectivo que tiene a mano y la cantidád de cualquier cheque que haya recibido pero que no haya cobrado todavía.

Pregunta 41:
Si cualquiera de las personas nombradas tiene una cuenta de cheques y/o de ahorros o una póliza de seguro de vida, por favor, envíe copia de los siguientes documentos:

- Estados de cuenta indicando los saldos actuales en las cuentas.
- Copias de todas las pólizas de seguro de vida.

Pregunta 42:
Si marcó “Sí,” envíenos una copia del registro del vehículo o vehículos o la notificación de posesión del mismo o el valor estimado por una fuente acreditada, tal como un concesionario o un mecánico.

Pregunta 43:
Si marca “Sí,” envíenos copia de todas las órdenes, documentos y acuerdos del tribunal.

Pregunta 44:
Si marca “Sí,” envíenos copia de sus pólizas y contratos de compra. Si su póliza está certificada por la Sociedad de Cuidado a Largo Plazo de California (California Partnership for Long-Term Care), envíenos copia de su certificado de beneficios más reciente.

PASE A LA PÁGINA 5

Preguntas 45-47:
Si marca “Sí,” es posible que se le pida que proporcione información adicional. También es posible que tenga que llenar un formulario de propiedad suplementario.

SECCIÓN 7

Conteste ***sólo*** para las personas que quieren Medi-Cal.

Pregunta 48:
Se requiere el número de Seguro Social para cada persona que esté solicitando beneficios completos de Medi-Cal. Si usted no tiene un número de Seguro Social, no se demore por eso en enviar esta solicitud. Usted puede hacer la solicitud ahora y darnos el número dentro de los próximos 60 días.

Los servicios de atención por embarazo o de emergencia pueden estar disponibles para las personas que no puedan conseguir un número de Seguro Social.

Para obtener información acerca de cómo solicitar un número de Seguro Social, llame gratis a la Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213.

Pregunta 49:
Anote el lugar de nacimiento de cada persona. Si la persona nació en los Estados Unidos, ponga el nombre del estado. Si nació fuera de los Estados Unidos, ponga el nombre del país.

Pregunta 50:
Marque “Sí” o “No” indicando si la persona es un ciudadano legal o natural de los Estados Unidos.

Dé información sobre inmigración sólo para las personas que soliciten cobertura de atención médica. No dé información para las personas que no están haciendo la solicitud. El Estado hará uso de esta información sólo para determinar su elegibilidad. La información sobre inmigración es privada y confidencial.

Los inmigrantes que reúnen todos los requisitos de inmigraciones pueden obtener **beneficios completos de Medi-Cal**. Los inmigrantes sin documentación pueden obtener servicios relacionados con el embarazo y servicios de emergencia.

Envíe comprobante de su condición de inmigrante o un recibo del USBCIS indicando que usted hizo la solicitud para reemplazar un documento perdido. Muchos inmigrantes pueden obtener servicios completos de Medi-Cal aun cuando no tengan la tarjeta verde o un documento de inmigración. Saque copia de ambos lados del comprobante y envíelo ahora o dentro de los 30 días siguientes a la solicitud. Si no envía este comprobante, es posible que aun así sea elegible para servicios de emergencia o embarazo.

No dé información sobre inmigración acerca de personas que no están solicitando Medi-Cal. La información sobre inmigración es privada y confidencial.

Pregunta 51:
Indíquenos si la persona está en un establecimiento de cuidado médico, en un establecimiento residencial o de hospedaje y cuidado. Si marca “Sí,” ponga el nombre del establecimiento.

Pregunta 52:
Marque el casillero que corresponda para indicar si cada persona tiene otra cobertura de seguro de salud.

Usted puede obtener Medi-Cal y aun así tener otra cobertura de atención médica. Es posible que Medi-Cal cubra lo que no cubre su otro seguro de salud.

PASE A LA PÁGINA 6

SECCIÓN 7 Continuación

Pregunta 53:
Si marca “Sí,” Medi-Cal podrá ayudarle a pagar algunos o todos los costos médicos pagados o no pagados que haya tenido en los 3 meses previos a su solicitud.

Pregunta 54:
Marque “Sí,” si alguna persona ha puesto una demanda debido a un accidente o una lesión, debido a compensación por lesiones de trabajo o por accidente de coche.

Pregunta 55:
Marque los casilleros para indicar si la persona que está presentando la solicitud, su cónyuge o su padre está prestando o prestó servicios en el Servicio Militar de Estados Unidos. Pedimos esta información para ver si usted puede obtener otros servicios o beneficios.

Pregunta 56 (Opcional):
Usted puede decidir si quiere poner el origen étnico (raza) de cada persona, es opcional. Esta información sólo se emplea para estadísticas y no tiene ningún efecto en su elegibilidad para Medi-Cal.

Pregunta 57:
Marque el casillero para indicar si la persona va al colegio. Los ingresos de una persona menor de 21 años no pueden contarse si dicha persona está yendo a la universidad.

Pregunta 58:
Indique si la persona está viviendo fuera de la casa, si está viviendo en la universidad o vive en otra ciudad debido a su trabajo.

SECCIÓN 8

Divulgación de información (Opcional).

Pregunta 59:
Si un niño no califica para Medi-Cal sin costo, enviaremos su solicitude a Healthy Families. Si no desea que enviemos su solicitud a Healthy Families, marque este cuadro.

El Programa de Healthy Families proporciona una amplia cobertura médica, dental y para la vista. Si desea más información, llame al **1-800-880-5305** ó visite su sitio web en www.healthyfamilies.ca.gov

Pregunta 60:
Si usted llena esta pregunta, le está diciendo a la oficina local de servicios sociales que está bien que proporcionen información sobre su solicitud a la persona que usted ha nombrado.

SECCIÓN 9

Firma y certificación.

¿Quién puede firmar esta solicitud?

- La persona que quiere Medi-Cal o el cónyuge de la persona que quiere Medi-Cal
- El curador legal, tutor, ejecutor o persona encargada del cuidado de un menor que quiere Medi-Cal
- Alguien que actúe en representación de una persona que quiere Medi-Cal cuando esta persona es incompetente, está en estado comatoso o sufriendo de amnesia y no hay cónyuge, curador legal, tutor o ejecutor
- Personas que tengan entre 14 y 21 años de edad si no están viviendo con uno de sus padres, con un pariente que los tiene a su cargo o padres de crianza temporal
- Personas que tengan entre 14 y 21 años que soliciten Servicios Confidenciales para los Menores.

Pregunta 61:
Las leyes estatales y federales requieren su firma en este formulario de solicitud. Su firma en esta sección indica que sus declaraciones y respuestas son verdaderas y que los documentos que usted somete son válidos y correctos.

Aviso de Confidencialidad de Medi-Cal

La información presentada en esta solicitud es privada y confidencial conforme al Código 14100.2 de Bienestar Público e Instituciones.

Esta información sólo se dará a conocer de conformidad con esas leyes.

Derechos, responsabilidades y declaraciones para Medi-Cal

Yo tengo el derecho de:

- Ser tratado con imparcialidad y equidad sin tomar en cuenta mi raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o identidad política.
- Pedir un intérprete.
- Pedir una audiencia imparcial si creo que una decisión tomada por Medi-Cal en mi caso es injusta y equivocada. Debo pedir una audiencia dentro de los 90 días siguientes de haber recibido una "Notificación de Acción". Para mayor información sobre las audiencias imparciales de Medi-Cal, llame gratuitamente al 1-800-952-5253.
- Obtener una entrevista en persona.
- Revisar las reglamentaciones y manuales del programa de Medi-Cal.

Yo tengo la responsabilidad de:

- Informar dentro de los próximos 10 días de cualquier cambio en la información que di en esta solicitud.
- Hacer saber a la oficina local de servicios sociales si un miembro de la familia solicita beneficios por incapacidad; está en una institución pública; o recibe atención médica por un accidente o lesión causados por otra persona.
- Cooperar si se revisa mi caso.
- Solicitar ingresos disponibles.
- Cooperar con las gestiones para la determinación de paternidad pertinente y la aplicación de las leyes en cuanto al apoyo médico.
- Asignar los derechos de apoyo médico al Estado de California.
- Asignar derechos de apoyo médico de terceros al Estado de California.

Yo comprendo que:

- Como condición para la elegibilidad de Medi-Cal, todos los derechos de apoyo médico son asignados automáticamente al Estado de California.
- Si intencionalmente no doy los datos necesarios o si doy datos falsos, me pueden negar o dar por terminados los beneficios y me podrán exigir el pago de los mismos. También es posible que me investiguen por fraude.
- Las personas para quienes estoy presentando la solicitud no están presas o encarceladas o detenidas en cualquier otro establecimiento correccional.
- Después de mi muerte, el Estado tiene derecho de procurar el pago de todos los beneficios de Medi-Cal que yo haya recibido después de los 55 años de edad, a menos que tenga cónyuge, hijos menores, hijos ciegos o total y permanentemente incapacitados que me sobrevivan.
- Si soy admitido en un establecimiento de atención médica y no tengo intenciones de volver a mi hogar, el Estado puede imponer un embargo preventivo contra mi propiedad.

Aviso de privacidad de Medi-Cal

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley Federal de Privacidad requieren que el Departamento de Servicios de Salud Pública proporcione la siguiente información: el Código 14011 y las reglamentaciones bajo el Título 22, CCR, de la Asistencia Social e Instituciones requiere que los solicitantes para el programa de Medi-Cal proporcionen para su elegibilidad la información que se les pide en esta solicitud.

Esta información puede ser compartida con agencias federales, estatales y locales con el fin de verificar la elegibilidad del solicitante, así como para otros fines relacionados con la administración del programa de Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el USBCIS sobre la condición de inmigrante de aquellas personas que procuren beneficios completos de Medi-Cal solamente. (La ley federal establece que el USBCIS no puede utilizar la información para ninguna otra cosa que no sean casos de fraude.) La información será utilizada para procesar reclamaciones y emitir las Tarjetas de Identificación para Beneficios (BIC). El no proporcionar la información requerida puede resultar en la denegación de la solicitud.

La información requerida en este formulario es obligatoria, con excepción de la información sobre el origen étnico y cualquier otro dato donde se indique que es voluntario u opcional. Los números del Seguro Social son requeridos por la Sección 1137(a)(1) de la Ley del Seguro Social y por la Sección 14011.2 del Código, de Bienestar Público e Instituciones, a menos que se haga la solicitud para casos de emergencia o beneficios relacionados con el embarazo solamente.

Una persona tiene derecho de acceso a los registros que contienen su información personal y que son retenidos por el Departamento de Servicios de Salud.

Póngase en contacto con la oficina local de servicios sociales para solicitar sus registros.

Proporcionado por el Estado de California

Flex your POWER